

Arbeitnehmeränderungsmeldung

Welcher Mitarbeiter ist betroffen?

Personalnummer	Vorname	Nachname
----------------	---------	----------

Tätigkeit

Austritt zum	Beschäftigt als	Kostenstelle	Betriebsstätte
Wochenstunden	Anzahl Arbeitstage je Woche	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	

Entgelt

Gehalt (in Euro)	Stundenlohn (in Euro)	Bemerkung
------------------	-----------------------	-----------

Status der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung (Mini-Job bis monatlich 450 Euro)	<input type="checkbox"/> Gleitzone (monatlich 450,01 Euro bis 850,00 Euro)
---	--

Anschrift

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

Bankverbindung

IBAN	Kontoinhaber
------	--------------

Krankenkasse

Name der Krankenkasse	PLZ	Ort
-----------------------	-----	-----

Lohnsteuermerkmale

Steuer-ID (11-stellig)	Steuerklasse	Konfession Arbeitnehmer	Konfession Ehegatte
Kinderfreibetrag	Freibetrag monatlich	Freibetrag jährlich	Faktor

Privatnutzung Dienstwagen

Bruttolistenpreis (in Euro)	Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte (einfache Strecke in Kilometer)	Eigenanteil monatlich (in Euro)
-----------------------------	--	---------------------------------

Krankengeld und Mutterschutz

Beginn des Krankengeldbezugs	Datum voraussichtliche Entbindung	Datum tatsächliche Entbindung
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Betriebliche Altersversorgung (bitte Vertragsunterlagen beifügen)

<input type="checkbox"/> Direktversicherung	<input type="checkbox"/> Pensionskasse	<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> VWL-Vertrag
---	--	--	--------------------------------------

Monatlicher Gesamtbeitrag (in Euro)	Anteil Arbeitgeber (in Euro)	Anteil Arbeitnehmer (in Euro)
-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Die Veränderung gilt ab dem:	Datum, Unterschrift/Stempel Arbeitgeber
------------------------------	---